UNITED STATES DISTRICT COURT

NORTHERN DISTRICT OF ILLINOIS

RECEIVED

			*	
_			1	
(,)	miel	1 1	1	
1/1	111111	10	Ari	
70	11/10/	/	17/1	

OCT 22 2021 F

THOMAS G. BRUTON
CLERK, U.S. DISTRICT COURT

(Enter above the full name of the plaintiff or plaintiffs in this action)

TOM DAKT VS.

MEDICAL DIRECTOR CHAME Unknown) CERMAK HEALTH

BERVICES

1:21-cv-5647 Judge Frank U. Valderrama Magistrate Judge Jeffrey T. Gilbert PC6/Random

Case No:

(To be supplied by the Clerk of this Court)

(Enter above the full name of ALL defendants in this action. <u>Do not use "et al."</u>)

CHECK ONE ONLY:



COMPLAINT UNDER THE CIVIL RIGHTS ACT, TITLE 42 SECTION 1983 U.S. Code (staté, county, or municipal defendants)

COMPLAINT UNDER THE CONSTITUTION ("BIVENS" ACTION), TITLE 28 SECTION 1331 U.S. Code (federal defendants)

OTHER (cite statute, if known)

BEFORE FILLING OUT THIS COMPLAINT, PLEASE REFER TO "INSTRUCTIONS FOR FILING." FOLLOW THESE INSTRUCTIONS CAREFULLY.

•	I.	Plaintiff(s):	
		A. Name: DANIEL MORES	
		B. List all aliases:	
		C. Prisoner identification number:	
		D. Place of present confinement: COOK County Jail	
		E. Address: 2700 S. California Chop II, 60608	
	, 1	(If there is more than one plaintiff, then each plaintiff must list his or her name, aliases, I.D. number, place of confinement, and current address according to the above format on a separate sheet of paper.)	
	II.	Defendant(s):	
		(In A below, place the full name of the first defendant in the first blank, his or her official position in the second blank, and his or her place of employment in the third blank. Space for two additional defendants is provided in B and C.)	
		A. Defendant: Ion Dant	
		Title: Sheriff	
	w.	Place of Employment: Cook County Jail	
		B. Defendant: MEDICAL Director (Name UNKNOWN)	
		Title: Medical Director Commak Health Services	
		Place of Employment: COOK County Jail	
		C. Defendant:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		Title:	
	annual Turken of Tomason of Security and and	Place of Employment:	
	(a	If you have more than three defendants, then all additional defendants must be listed eccording to the above format on a separate sheet of paper.)	
	, .		

III. List ALL lawsuits you (and your co-plaintiffs, if any) have filed in any state or federal court in the United States:

Α.	Name of case and docket number:
В.	Approximate date of filing lawsuit:
C.	List all plaintiffs (if you had co-plaintiffs), including any aliases:
D.	List all defendants:
E.	Court in which the lawsuit was filed (if federal court, name the district; if state court name the county):
F.	Name of judge to whom case was assigned:
G.	Basic claim made:
Н	Disposition of this case (for example: Was the case dismissed?—Was it appealed? Is it still pending?):
I.	Approximate date of disposition:

IF YOU HAVE FILEDMORE THAN ONE LAWSUIT, THEN YOU MUST DESCRIBE THE ADDITIONAL LAWSUITS ON ANOTHER PIECE OF PAPER, USING THIS SAME FORMAT. REGARDLESS OF HOW MANY CASES YOU HAVE PREVIOUSLY FILED, YOU WILL NOT BE EXCUSED FROM FILLING OUT THIS SECTION COMPLETELY, AND FAILURE TO DO SO MAY RESULT IN DISMISSAL OF YOUR CASE. COPLAINTIFFS MUST ALSO LIST ALL CASES THEY HAVE FILED.

IV. Statement of Claim:

State here as briefly as possible the facts of your case. Describe how each defendant is involved, including names, dates, and places. **Do not give any legal arguments or cite any cases or statutes.** If you intend to allege a number of related claims, number and set forth each claim in a separate paragraph. (Use as much space as you need. Attach extra sheets if necessary.)

ON and about 8-24-21 DETOINETS WAS REMOVED From DIVISION 16-4B FOR TESTING POSITIVE WITH COV-19. DIMISION 164B ORE MY LIVING LINIT. WE WAS PLACED ON QUORANTINE OVER A PERIOD OF YEHRS, APROX. 15 DETGILITES WAS REMOVED TROM DIVISION 16-4B FOR TESTING POSITIVE FOR COV-19. OVER A PERIOD OF LYP I HAVE'NT BEEN Able to PRACTICE SOCIAL DISTANT, DECAINES WASN'T MONDOTED TO WEAR MOSK-LIVING UNIES Has always been Fifthy-NO FREE ACCES) to hand sanifizer / disenfect-Volunteers come IN OFF the streets WEARING NO MASK. OVER A PERIOD OF 8 days 31 defainces Tested Positive For COV-19 IN DIVISION 16-4B 40 DELGINGES Share Microwave AND PHONES which was Never WIPED down after each USE. CODO DID'NT ENFORCE DETAINED to WEAR MASKS THE NEGLEGENCE ACT OF CODOC VIOLATING the Control Disease center Regulations Has Dut ME AT RISK And ExposED ME to COV-19. CCDOC ARE OVER Crowded-CCDOC Has Knowingly AND INTENTIONALLY Failed to Follow CDC Police AND REgulation CODOC HAS PLACED ME IN INIMENT DANGER CODOC HAS DIACED ME IN A HAZZArdous Excurrenment by failing to Provide ME with CDC REgulated items such As Handsonihzer/ Disenfect

Case: 1:21-cv-05647 Document #: 1 Filed: 10/22/21 Page 5 of 11 PageID #:5

[If you need additional space for ANY section, please attach an additional sheet and reference that section.]

6H Social Distant to Prevent on lower the Risk of
Contracting Cov-19 All the lister Risk FACTOR
Contributed to ME Contracting And testing Positive
Fua Cov-19
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
,
<u> </u>

V.	Relief:		
	State briefly exactl no cases or statute	y what you want the court to do for you. Make no legal arguments. Cite s.	
Th Par Mc	n and Sufferi	000.000.00 FOR Chyeland Unu Sual Punishmen NG-Fuilure to Profect— d Psycologica i Stress	of -
			11.7
VI.	The plaintiff dema	nds that the case be tried by a jury. YES NO	
		CERTIFICATION	
		By signing this Complaint, I certify that the facts stated in this Complaint are true to the best of my knowledge, information and belief. I understand that if this certification is not correct, I may be subject to sanctions by the Court.	
		Signed this 2/ day of 9,207/	
		(Signature of plaintiffor plaintiffs)	
		DANIEL MARES (Print name)	
		202007/2018 (I.D. Number)	
		2700 S. California	
	3 - 14 - 14 - 14 - 14 - 14 - 14 - 14 - 1	Chao II, 60608	
		(Address)	



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE #: 1 Filed: 10/22/21 Page 7 of 11 PageID #:7

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

C	ON	TR	OI.	##
u	אוע	II N	UL	#

! THIS SECTION IS TO BE	COMPLETED BY	INMATE S	ERVICES STAFF	ONLY!
☐ Emergency Grievance				

(! Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services !)

Cermak Health Services ☐ Superintendent:

☐ Other:

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

☐ Non-Compliant Grievance

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATEBOOKING NUMBER (#deidentificación del Preso)

☐ Grievance

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grieved issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grieved issue is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate

The grieved issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism notime limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.) The grieved issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

 $The {\tt grieved}\ is {\tt sue}\ must not\ be\ a\ repeat\ submission\ of\ a\ {\tt grievance}\ that\ previously\ received\ a\ response\ and\ was\ appealed.$

 $The \textit{grieved issue must} not be a repeat submission of a \textit{grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days and the response of the response within 15 calendar days are responsed in the response of the respective of the response of the response of the response of the r$

The grieved issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles. El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarías a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyerismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyerismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente reciba y la cual ya ha recibo una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

La solitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente) REQUIRED -TIME OF INCIDENT (Horad del Incidente)

REQUIRED -SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)

REQUIRED -

NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED

21 deformers WAS REMOVED FROM DIMESTON 16-4B FOR PESTING GIRIERS WAS REMOVED From DIVISION 16-418

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal o presos que tengan información:)

INMATESIGNATURE: (Firma del Preso):

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT. AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATECRW/PLATOONCOUNSELOR RECIEVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATEREVIEWED:

Case: 1:21-cv-05647 Document #: 1 Filed: 10/22/21 Page 8 of 11 PageID #:8 COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

CONTROL #	INMATE ID#

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY (Para ser lenado solo por el personal de Inmate Services)	SHERIFF	NMATE GRIEVANO	FFORM		
THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMAIL SERVICES STAFFONN Commendation of the presented of immorte-services Commendation of the presented of the presen	\/				
GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT Your grieved lister must meet all criteria listed below in order to be assigned a control 8, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grieved lister in must meet all criteria listed below in order to be assigned a control 8, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grieved lister in must meet all criteria listed below in order to be assigned a control 8, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grieved lister in ord on the following emplement must meet all criteria listed below in order to be assigned a control 8, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grieved lister in ord on the following emplement must meet all criteria listed below in order to be assigned a control 8, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grieved lister in order of the following emplement must meet all criteria listed disciplination and makes as assistant, or protection can be indicated and application of a grieved listeria meet assistant, result hazarsant, sexual abuser or expective disciplination of disciplination of a grievence that producting relieved listeria must not be a repeat subministion of a grievence that predoutly received a response and was appealed. The grieved lister must not be a repeat subministion of a grievence that predoutly received a response and was appealed. The grieved lister must not be a repeat subministion of a grievence that predoutly received a response and was appealed. The grievence form must not contain more than one listeria. The grievence form must not contain more than one listeria. The grievence form must not contain more than one listeria. The grievence form must not contain more than one listeria. The grievence form must not contain more than one listeria. The grievence form must not contain more than one listeria. The grieven file is to be appealed and grieven than one listeria to be appealed and grieven than one listeria to be appealed and grieven than one listeria to be appealed and grieven than one list				(! Para ser llenado s	olo por el personal de Inmate Services !)
PRINT - RIMATE LAST KAME (Appelled det Press): PRINT - RISK AND EXPLANATE (Appelled det Press): Print grieved disse sent the best open a comption of general press and published to a security risk personal above or vegetiment in cludes an allegation of sexual assault, sexual base or vegetiment in cludes an allegation of sexual assault, sexual base or vegetiment, and personate the present includes an allegation of sexual assault, sexual base or vegetiment, and personate the present includes an allegation of sexual assault, sexual base or vegetiment, and personate the present includes an allegation of sexual assault, sexual base or vegetiment in cludes an allegation of sexual assault, sexual base or vegetiment in cludes and allegation of sexual assault assa		ance			S.
PRINT - RMATE JASTNAME (Aperillos del Presa): PRINT - FREST NAME (Priver Nominols): DIVSON (Evusion): LINNG UNIT (Emission): DATE (Priver): DATE (Pr					
DIVISION (Division): Continued of the properties of the propert	☐ Non-CompliantGr	rievance		Other:	
CRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT Vour grieved issue in not see in the control of t	PRINT - INMATE LAST NAM	E (Apellido del Preso):	PRINT - FIRST NAME (Primer Nomb	bre):	INMATE BOOK ING NUMBER (#de identificación del Preso)
GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT Your grieved issue must meet all criteria listed belove in order to be assigned a control it, to be appealed and/or to enhant remedies. The grieved issue insut meet all criteria listed belove in order to be assigned a control it, to be appealed and/or to enhant remedies. The grieved issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation of an inmate as a security risk or protective custody/immate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer. The grieved issue must have occurred within the last 15 calendar days unless that is a control it is a control in the control of the provision of grievance includes an adaptation of sexual manual, resould harve acceptance and the control of the provision of grievance collected within the last 15 calendar days. The grieved issue must not be repeat submission of grievance collected within the last 15 calendar days. The grieved issue must not be repeat submission of grievance collected within the last 15 calendar days. The grieved issue must not occur and the provision of the provision of the provision of grievance in the provision provision of the provision of grievance in the provision grieva	MARE	S	DANIEL		
The grieved issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control it, to be appealed and/or to exhaust memclies. The grieved issue is not one of the following nongrievable matters: inmate dealistation including designation of an inmate as a security risk or protective, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer. The grieved issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievence includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievence includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievence includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievence includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievence is used to the sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievence is used to the sexual to the sexual to the sexual harassment, sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievence is used to the sexual t	DIVISION (División):	8	LIVING UNIT (Unidad):		DATE (Fecha): 9-7-2/
The grieved issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control it, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grieved issue is not one of the following nongrevable matters: insmate classification including departs and source ustody/mast, or protective custody/mast, or protective c		GRI	EVANCE GUIDELINES AND S	UMMARY OF COMP	AINT
REQUIRED- DATE OF INCIDENT (Fecho del Incidente) REQUIRED- TIME OF INCIDENT (Fecho del Incidente) REQUIRED- TIME OF INCIDENT (Fecho del Incidente) REQUIRED- SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Especific del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado) CODY CERMAN Health Serviced AND ACTOR AND PRONES Which Was Never who to do want the fere Name and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado) CODY MARCHA HEALTH Serviced Name and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado) CODY MARCHA HEALTH Serviced Name and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado) CODY MARCHA HEALTH SERVICED NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado) CODY MARCHA HEALTH SERVICED NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado) NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre del Incidente) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S) REQUIRED- NAME and/or IDENTIFIER(S)	The grieved issue is not one disciplinary hearings officer. The grieved issue must have allegation of sexual assault, The grieved issue must not be the grieved issue must not be the grieved issue must not to the grieved issue must not the grievence issue must not be la queja no pue seguridad o custodia de proe El asunto de la queja formal incluye acusaciones de acos	ur grieved issue must meet a of the following non-grievable r. e occurred within the last 15 cal, sexual harassment, sexual abuse be a repeat submission of a grieva or a repeat submission of a grieva ontain offensive or harassing land toontain more than one issue. It pertain to non-jail related concurred to the grieval of the grieval	Il criteria listed below in order to be as matters: inmate classification including desimatters: inmate classification including desimatters: inmate classification including desimaters: inmate classification is of sexual corvoyeurism notime limits exist. If you believe ance collected within the last 15 calendar deance that previously received a response and ance that previously received a response and guage. Serns such as with arresting agencies, judicial IRECTRICES PARA AGRAVIO terio listado más abajo para obtener un temas, que no se consideran que jas formales des oficial de audiencias disciplinarias politimos 15 días calendarías a menos que la activa de la significación de la differencia su menos que la activa de la significación de la differencia de la	ssigned a control #, to be appignation of an inmate as a securit al assault, sexual harassment, see an exception applies please see ays. d was appealed. d you chose not to appeal the result as Y RESUMEN DE QU número de control, para ser a es: Clasificación del preso incluye para los presos. cusación sea de acoso sexual, see	ealed and/or to exhaust remedies. yrisk or protective custody inmate, or decisions of the inmate exual abuse or voyeurism. If the grievance includes an ea CRW (Correctional Rehabilitation Worker.) ponse within 15 calendar days ying hospitals, etc. EJA pelado y/o agotar todos los remedios posibles. ndo designación del preso. Tal como riesgo de exual hostigamiento, sexual abuso. O voyerismo. Si la queja
(Horad del Incidente) (Horad del Incidente de	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue	ede ser una repetición de una que de ser una repetición de una que de ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o ede contener más de un asunto.	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recil eja previamente reciba y la cual ya ha recibo amenazante	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida	n. no someter una apelación sobre la decisión dada en
Ab delantees share Microwave And Phone's Which was Never word down noter and delantee used of, code didn't enforced the Delaince's to wear mosks the Neglegance At 67 Cook County Deprystment of Correction's Violating the Contast Disease Act And Regulation Has Put Me A Risk And Exposed Me to Cov-19 CLOSC Me Were Violation, in Doing So CODOC Has Placed Me in Inverted Danger COOC Has Placed Me in Inverted Danger COOC Has Placed Me in Inverted Danger COC Regulation Heris Sich As Handsmittee of senter of Survival Mens Sich As Handsmittee of Survival March COC Regulation information regarding this complaint: (Nombre del personalo presos que tengan información:) Superintendent/Director/Designee of a Division/Unit must review and sign all grievances alleging staff use of force, staff misconduct, and emergency grievances. If the Inmate grievance is of a serious nature, the superintendent must initiate immediate action.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED -	ede ser una repetición de una que de ser una repetición de una que de ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o ede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recil eja previamente reciba y la cual ya ha recibo amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupad REQUIRED -	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arresto REQUIRED	n. no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de
LACH DEFORMER USED A, CODOC DIDNAL ENFORCED THE DELGINEE'S TO WEAR MOSKS THE NEGLEGANCE ALL 67 COOK COUNTY DEPARTMENT OF CORECTION'S VIOLATING THE CONTROL DISEASE HET AND REQUIDED AND HAS PUT NEAR RISK AND EXPOSED ME TO COV-19 CODOC HAS WERE CHOUSED - CODOC HOS KNOWINGLY AND INTENTIONALLY FOILED TO THE OF FORMENT DANGER CODOC HAS PLACED ME IN A HARTAYCRUS ENLIFORMENT OF FOILING TO PROVIDE ME WITH COO REGULATED HEMIS SICH AS HANDSHAPTHE OF SENTES NAME OF STAFF OR INMATE (SHAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT: (Nombre delipersonal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o de contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re REQUIRED - TIME OF INCIDENT	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recile eja previamente reciba y la cual ya ha recibo amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupad REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and, (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en on osometer una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o o o o o o o o o o o o o o o o o o
DISEASE HET AND REQUIRED - CEDIC HOS KNOWINGLY AND INTENTIONALLY FORCES HE IN INIMENT DANGER CEDIC PLICY AND REQUIRED - CEDIC HOS KNOWINGLY AND INTENTIONALLY FORCES HE IN INIMENT DANGER CEDIC PLICY AND REQUIRED AND IN DOING SO CEDIC HAS PLACED HE IN INIMENT DANGER CEDIC PLICY AND ALE IN A HARTANCOUS ENVIRONMENT BY FORMER AS PROVIDE NEW WHAT COC REGULATED HEMS SICH AS HANDSTANTHE OF SENTECT INMATESIGNATURE: (Firmadel Preso): Daniel Marcel SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Horad del Incidente)	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recile eja previamente reciba y la cual ya ha recibo amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupad REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and, (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en on osometer una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o o o o o o o o o o o o o o o o o o
(Nombre del personal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibeja previamente reciba y la cual ya ha reciberamente reciba y la cual ya ha reciberamentazante elacionados con la cárcel tal como preocupado REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
(Nombre del personal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibeja previamente reciba y la cual ya ha recibe amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupado REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
(Nombre del personal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibeja previamente reciba y la cual ya ha recibe amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupado REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
(Nombre del personal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibeja previamente reciba y la cual ya ha recibe amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupado REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
(Nombre del personal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibeja previamente reciba y la cual ya ha recibe amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupado REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
(Nombre del personal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibeja previamente reciba y la cual ya ha recibe amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupado REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
(Nombre del personal o presos que tengan información:) SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT	ede ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o dede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no re	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibeja previamente reciba y la cual ya ha recibe amenazante elacionados con la cárcel tal como preocupado REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente) A 3 - 2 1 A 6 A El Guilees Lach de Loriste DISEAS CHA CODOC HAE OL CODOC HAE OL CODOC HAS F CODOC HAS F CODOC HAS F	de ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o de contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no responder a asuntos no responder a asuntos no responder de la corresponder de la contener más de un asunto. De corresponder de la contener más de un asuntos no responder de la contener más de un asuntos no responder de la contener más de un asuntos no responder de la contener d	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibida previamente recibida y la cual ya ha recibida previamente recibida y la cual ya ha recibida manenazante REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente) DIO ANA FINENCES WI DOC ANA FINENCES WI HOLD OC HOS KAIOWING CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS IN CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS IN CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS INCIDENTALION OF	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida ciones sobre la agencia de arreste REQUIRED NAME and (Nombre y/o	no someter una apelación sobre la decisión dada en o, asuntos judiciales, o empleados médicos de o/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED of Identificación del Acusado)
AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente) A 3 - 2 1 A 6 A El Ginle es La CLOCE ALE CLOCE ALE CLOCE ALE NAME OF STAFFOR INMATE	de ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o ede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no resultado de corresponder a asuntos no resultado de lincidente) REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Horad del Incidente) Shalle Microbia USED A COUNTAIN COUNTAIN REQUIDADO (COUNTAIN COUNTAIN COU	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibida previamente recibida y la cual ya ha recibida previamente recibida y la cual ya ha recibida manenazante REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente) DIO ANA FINENCES WI DOC ANA FINENCES WI HOLD OC HOS KAIOWING CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS IN CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS IN CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS INCIDENTALION OF	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida de ciones sobre la agencia de arresto REQUIRED NAME and (Nombre y/o CCD) Corrections (Has Alei CRE) A RISK And EXECTION OF THE DELAINCE OF THE CHOISE (HAS PLACES) IMENTE DELAINCE OF THE PLACES IMENTE DEL	no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión del Accusedo de la Accusado) CERMAIL HEALTH SCRUICE S TO WEAR MOSKS THE SOLITION TO LA COV-19 MEIN INIMENT DANGER AG TO PROVIDE ME WITH
	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente) A 3 - 2 1 A 6 A El Ginle es La CLOCE ALE CLOCE ALE CLOCE ALE NAME OF STAFFOR INMATE	de ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o ede contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no resultado de corresponder a asuntos no resultado de lincidente) REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Horad del Incidente) Shalle Microbia USED A COUNTAIN COUNTAIN REQUIDADO (COUNTAIN COUNTAIN COU	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibida previamente recibida y la cual ya ha recibida previamente recibida y la cual ya ha recibida manenazante REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente) DIO ANA FINENCES WI DOC ANA FINENCES WI HOLD OC HOS KAIOWING CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS IN CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS IN CONTESTATION OF INCIDENT (LUGAR EN FORCES) HACTANOS INCIDENTALION OF	rios. bido una respuesta y fue apelada o una respuesta y usted recibida de ciones sobre la agencia de arresto REQUIRED NAME and (Nombre y/o CCD) Corrections (Has Alei CRE) A RISK And EXECTION OF THE DELAINCE OF THE CHOISE (HAS PLACES) IMENTE DELAINCE OF THE PLACES IMENTE DEL	no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión del Accusedo de la Accusado) CERMAIL HEALTH SCRUICE S TO WEAR MOSKS THE SOLITION TO LA COV-19 MEIN INIMENT DANGER AG TO PROVIDE ME WITH
	El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue los 15 días calendarios. El asunto de la queja no pue La solitud de la queja no pue El asunto de la queja no pue El asunto de la queja no pue hospitales periféricos, etc. REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente) A B B B B B B B B B B B B B B B B B B	de ser una repetición de una que de contener lenguaje ofensivo o de contener más de un asunto. de corresponder a asuntos no resultado de la corresponder de la corresponde	eja sometida en los últimos 15 días calendar eja previamente recibida y la cual ya ha recibida ya la cual ya ha recibida ya la cual ya ha recibida y la cual ya ha recibida y la cual ya ha recibida ya ha recibida y la cual ya ha recibida	REQUIRED NAME and (Nombre y/c C D AREA DELAINCE COTTECHON'S UT ARIAL AND EXTENTION DC HAS PLACES INMATESIGNATE INMATESIGNATE JAMES ALLEGII INMATESICANE INMATESICA	no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión dada en no someter una apelación sobre la decisión del Accusedo de la Accusado) CERMAIL HEALTH SCRUICE S TO WEAR MOSKS THE SOMETINE HE CONTROL POSTAD ME TO COV-19 MACHA PANEL TO TONGER ME IN INIMENT DANGER MISCONDUCT, NG STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT,

(FCN-73)(NOV 17)

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

(WHITE COPY – INMATE SERVICES) (YELLOW COPY – CRW/PLATOON COUNSELOR)

SIGNATURE:

DATEREVIEWED:



☐ Eme

PRINT - IN

DIVISION (División):

Case: 1:21-cy-05647 Document #: 1 Filed: 10/22/21 Page 9 of 11 PageID #:9

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queia del Preso)

CONTROL#

INMATE ID #

(Formulario de Queja del F	reso)	
! THIS SECTION IS TO BE COMPLETED B	Y INMATE SERVICES STAFF ONLY! (! Para	ser llenado solo por el personal de Inmate Services !)
rgency Grievance	☐ CermakHe	althServices
vance	☐ Superinter	ndent:
-Compliant Grievance	☐ Other:	
	P P P P P P P P P P P P P P P P P P P	
MATE LAST NAME (Apellido del Preso):	PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):	INMATEBOOK ING NUMBER (# de identificación del Preso)
1115	DANTE	20260712418

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grieved issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grieved issue is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grieved issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism notime limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.)
The grieved issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grieved issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

 $The {\it grieved issue must} not be a repeat submission of a {\it grievance} that {\it previously received} a response and {\it you} chose not to appeal the response {\it within 15} calendar days$

LIVING UNIT (Unidad):

 $The {\it grieved issue must not contain of fensive or harassing language.}$

The grievance form must not contain more than one issue.

 $The {\it grievance} is summet not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.$

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles. El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarías a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyerismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyerismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente reciba y la cual ya ha recibo una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

REQUIRED -

La solitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)

TIME OF INCIDENT
(Horad del Incidente)

REQUIRED -

SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT

DIV 16 - 4B

REQUIRED -

NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado)

DATE (Fecha):

It social distant to Prevent On Lowen the Risk of Contracting Cor- 19 all the isto Risk Inctions Contracting And testing Positive For CN-

NAMEOF STAFFOR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT: (Nombre del personal o presos que tengan información:)

INMATESIGNATURE: (Firma del Preso):

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATECRW/PLATOONCOUNSELOR RECIEVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATEREVIEWED:

Case: 1.21-cv-05647 Document #: 1 Filed: 10/22/21 Page 10 of 11 PageID #:10



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Óficina Del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

CONTROL NUMBER	INMATE #
2021/2038	616439

INMATE INFORMATION	I TO BE COMPLETED BY <u>INMATE SERVICE</u>	S PERSONNEL ONLY		
INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):	INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):	ID Number (# de Identificación):		
Maska	Daniel	21001712018		
GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:	WILL COLLEGE THE			
IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):	VISSELY DOC			
CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cern	nak Health Services):	DATEREFERRED:		
Doc Admin (18		9,10,21		
RESPO	ONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERR	AL		
FACE MASK are hands	I out on a Paily &	rasit. Cleaning		
Sunalus and Hend Sandizu	2 and andiáble on	all times on Barocks.		
Social distancini Ca C	setul en all lix	in with city linal		
01: 6 00140	in a second	, days		
101010100 = 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	GNATURE! DIV./DE	PT. DATE:		
Noneto 640 L	Al to the	6 9114 121		
P TH	IS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE			
INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):		ESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)		
2 > Daniel Waser	0 4	ESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)		
INMATE'S REQUE	ST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelacio	ón del Preso)		
See all the second seco	S SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE!			
	las apelaciones de las quejas se deben realizar en enviar en todos los casos a fin de agotar los recurs	os administrativos.) BE COMPLETED		
DATE OF INVINITE STREET OF AIR AFF	LAL. (1 echa de la solicitata de la apelación	n del preso:)/		
		1) 1		
		MATE		
2				
The second secon				
ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTA	ANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (Si)	No 🗆		
(Apelación del preso aceptada por el adminis	trador o/su designado(a)?)			
INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decision o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)				
	Complete St. St. Company			
()				
INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)): SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Des	ignado(a):): DATE(Fecha):		
Commence of the Commence of th				
	SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE!			
INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):	DATE APPE recibida)	AL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue		

Case: 1:21-cv-05647 Document #: 1 Filed: 10/22/21 Page 11 Page 12 #:11

Daniel Mares #20200712018 Div-164B 2700, S California 60608









THOMAS & BRUTON
CLERK, U.S. DISTRICT COURT

nct 55 5051 ho

RECEIVED

1:21-cv-5647 Judge Frank U. Valderrama Magistrate Judge Jeffrey T. Gilbert PC6/Random



Office of Clerk of The U.S District Court United States Court House 219 South Dear Born Street Chicago II. 60604